

長崎県おもいやり駐車場利用証再交付申出書

紛失、破損、汚損の該当する部分に○をしてください。

年 月 日 紛失・破損・汚損 しましたので再交付を申出ます。

申出者 住所 \_\_\_\_\_  
 (ふりがな)  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

代理人の方が申出もしくは代筆される場合は、代理人の方の身分証明書をご提示ください。

代理人 住所 \_\_\_\_\_  
 (来所者・代筆者)  
 (ふりがな)  
 いずれかに○をつ 氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 )  
 けてください。 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

○ 申出者の状況で、該当する□に✓を記入し、身体障害者については等級を記入し、知的障害者、要介護者については、それぞれ該当の等級に○をつけてください。  
 けが人・病人等については車椅子・杖等の該当□にレを記入して、診断書に書かれている使用期間を、妊産婦については出産(予定)日を記入して下さい。

□身体障害者

視覚障害	4級以上	( )級	平衡機能障害	5級以上	( )級
肢体不自由・上肢	2級以上	( )級	肢体不自由・下肢	6級以上	( )級
肢体不自由・体幹	5級以上	( )級			
脳原・上肢機能	2級以上	( )級	脳原・移動機能	6級以上	( )級
□心臓 □じん臓 □呼吸器 □ぼうこう又は直腸					
□小腸 □免疫 □肝臓 機能障害			4級以上	( )級	

該当する□に✓を記入してください

□知的障害者 障害の程度 ( A1 A2 ) □精神障害者 障害の程度 1級  
 □要介護者 要介護 ( 1 2 3 4 5 ) □難病患者 □小児慢性特定疾病患者  
 □けが人・病人等 □車椅子 □杖 (使用期間 年 月 日まで)  
 □妊産婦 ( 出産(予定)日 年 月 日 )

※交付機関記入欄

窓口確認欄	□ 利用証又は手帳等の確認	手帳等番号	
利用証番号		有効期間	年 月 ~ 年 月
旧利用証番号		初回交付日	台帳記載 □
受付者名		確認者名	郵送日